

※	常務理事	事務長	課長	担当者	法定区分決定決議	
					標準報酬月額 (千円)	アイ ウエ
	起 案 年 月 日					

※印欄は記入しないでください。

### 健康保険限度額適用認定申請書

被保険者証 記号番号	記号		番号	
事業所	名称			
	所在地			
被保険者	氏名			
	生年月日	昭・平	年	月 日
適用対象者	氏名		性別	
	生年月日	昭・平	年 月 日	被保険者 との続柄
	住所	〒		
備考				
<p>上記のとおり健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>大阪府農協健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">被保険者</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>				

注) 外傷性の場合は「負傷届」も添付してください。

- ・被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)